**Шушляпина Н.О.** Посттравматический рубцовый стеноз гортани и трахеи: анализ причин и механизмов развития/ М.Н. Пустовалова, Н.О. Шушляпина, И.В. Крылова // Сучасні методи діагностики та лікування хронічних запальних та онкологічних верхніх дихальних шляхів: Матеріали щоріч. традиційної нак.-практ. осін. конф. україн. науков. медич. товар. лікарів- оториноларингологів, Київ, 22-23 вересня 2014 р. / Журнал вушних, носових і горлових хвороб.- Київ, 2014. - 5-с.-С.132.

М.Н. ПУСТОВАЛОВА, Н.О. ШУШЛЯПИНА, И.В. КРЫЛОВА (ХАРЬКОВ , УКРАИНА)

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РУБЦОВІЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ: АНАЛИЗ ПРИЧИН И МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ**

Рубцовый стеноз гортани и трахеи, развивающийся после проводимых реанимационных мероприятий, является сложной и до конца нерешенной проблемой в оториноларингологии. В последнее время наблюдается значительный рост патологий, при которых показана трахеостомия. Это, прежде всего, связано с увеличением числа больных, нуждающихся в длительной респираторной поддержке. С целью обеспечения адекватного дыхания и улучшения дренажной функции трахеобронхиального дерева при продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в отделении реанимации у 35-48 % больных выполняется трахеостомия. Учащение стенозов гортани и трахеи, связанных с проведением реанимационных мероприятий нуждаются в поиске оптимальных решений в выборе тактики хирургического вмешательства при наложении трахеостомы. В задачи исследования входили анализ причин и механизмов развития стенозирования трахеи. В этом плане представляет особый интерес поиск выбора тактики хирургического вмешательства при наложении трахеостомы. Работа включала анализ 44 историй болезни пациентов, проходивших лечение на базе различных стационаров г. Харькова, Харьковской области и других областей Украины со стенозом трахеи, гортани, а также с патологией, которая сопровождалась длительной интубацией больного (12-30 суток), вследствие ЧМТ, ОНМК, патологии нижних дыхательных путей. Тяжесть состояния всех пациентов требовало наложение трахеостомы с целью восстановления функции дыхательных путей.

В соответствии с причинами и показаниями по которым проводилась трахеотомия проводилось распределение больных следующим образом: продленная эндоларингиальная интубация и ИВЛ - 27 больных; интубация через наложение трахеостомы, окончатым способом 7 больных; интубация, через наложение трахеостомы по Бильроту-1 больной; интубация, при проведении трахеотомии продольным рассечением колец трахеи 5 больных, поперечным - 3 больных; крестообразным рассечением полуколец трахеи – 2.

В результате ретроспективного анализа историй болезни, было отмечено, что у 27 больных (61% случаев наблюдения) причиной формирования грубого рубцового процесса в гортанно-трахеальной зоне явилась продолженная интубационная травма в этой области. Продолжительность эндотрахиальной интубации у такой категории пациентов составила в среднем от 12- до 30 суток. Кроме того, были выявлены дефекты техники выполнения трахеостомии, в первую очередь сюда следует отнести высокую трахеостомию с пересечением первого полукольца и повреждения ярки перстневидного хряща. При выполнении низкой трахеостомии на уровне 5-6 полуколец отмечено ранения брахиоцефального ствола.

В результате проводимых исследований мы не нашли четкой достоверной зависимости возникновения стеноза от проводимых методов наложения трахеостомы. Однако, нами установлена четкая зависимость тяжести рубцового процесса от сроков интубации. Было отмечено, что длительное пребывание пациентов на ИВЛ приводит к формированию многоуровнего стеноза гортани и трахеи с нарушением трофики и иннервации тканей. Кроме того, немаловажным является сохранение целостного каркаса трахеи с минимальной травматизаций ее колец (методом Бильрота), которое дает возможность не избежать, но хотя бы предупредить возможные осложнения, связанные с последующим стенозом трахеи.